N° 77 BIS.

21.

APERÇU

SUR

LES PHLEGMONS AIGUS

DE LA FOSSE ILIAQUE INTERNE DROITE.

Tribut académique

PRÉSENTÉ ET PUBLIQUEMENT SOUTENU

A LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE MONTPELLIER, LE 22 JUILLET 1837;

PAR

B. VILLENEUVE,

De Tarbes, département des Hautes-Pyrénées;

POUR OBTENIR LE GRADE DE DOCTEUR EN MÉDECINE.

MONTPELLIER,

Imprimerie de Veuve RICARD, née GRAND, place d'Encivade.

1837.

A LA MÉMOIRE DU MEILLEUR DES PÈRES.

Regrets éternels !!!

A LA PLUS TENDRE DES MÈRES.

Amour et reconnaissance sans bornes.

A MON BON FRÈRE.

Gage du plus sincère attachement.

A MON ÉPOUSE.

Toi, la compagne de ma vie, reçois cet hommage comme un gage de ma sincère amitié et de mon inaltérable tendresse.

A MON BEAU-PÈRE,

MONSIEUR LE BARON DE **CASTELNEAU.**

Respect, dévouement sans bornes.

VILLENEUVE.

APERÇU

SUR

LES PHLEGMONS AIGUS

DE LA FOSSE ILIAQUE INTERNE DROITE.

Il n'y a que peu d'années que les médecins se sont occupés de la description des tumeurs phlegmoneuses qui occupent la fosse iliaque interne droite. Plusieurs observations ont été publiées sur cette grave affection, qui, jusqu'à nos jours, n'avait été décrite, que je sache, par aucun auteur d'une manière particulière.

Vers 1824, Dupuytren traita de ces phlegmons dans ses leçons de clinique, et rapporta plusieurs exemples de cette maladie, observés par lui dans sa pratique. Bientôt après que ce célèbre chirurgien eut donné l'éveil, plusieurs médecins se livrèrent avec zèle à l'étude de cette maladie. M. le docteur Menière recueillit quelques cas, et, en 1826, il lut un

travail sur ce sujet à la Société des internes de l'Hôtel-Dieu. Presque en même temps, MM. Dance et Husson publièrent un mémoire sur le même sujet. Enfin, en 1828, M. Menière publia un autre mémoire très-étendu, et dans lequel on trouve plusieurs observations qui offrent le plus grand intérêt.

C'est depuis ces époques que les praticiens ont été mieux fixés sur la véritable nature de cette maladie, ainsi que sur les moyens de la combattre. Cependant nous croyons que de nouvelles observations ne seront pas sans avantage pour la science, et que leur multiplicité pourra, de plus en plus, éclairer ce point pathologique qui naguère n'était que peu ou point connu.

Nous allons donner un aperçu général de cette grave affection, en indiquer les causes, les symptômes, les diverses terminaisons, et le traitement qui paraît le plus convenable pour en modifier la marche. Nous terminerons ce travail par deux observations qui nous sont propres, et que nous avons recueillies sur le même individu.

La fosse iliaque interne droite peut être le siége de tumeurs de différente nature et de formes variées; mais ici nous nous bornerons à exposer les caractères propres à l'inflammation phlegmoneuse du tissu cellulaire qui fixe le cœcum au muscle iliaque.

Parmi les causes prédisposantes, l'âge adulte paraît avoir une grande influence sur le développement de cette maladie. Il résulte, du relevé des ob-

servations qui ont été publiées, que les deux tiers au moins des malades appartiennent à cette période de la vie. Ce qui doit être considéré comme cause prédisposante très-efficace, c'est le sexe masculin ; car, dans tous les cas observés, on ne voit figurer que deux ou trois femmes. Quelque difficile qu'il soit de se rendre compte de ce fait, il n'en existe pas moins, et nous sommes forcés de l'admettre. La constitution du malade n'a paru fournir rien d'assez précis pour la considérer comme cause prédisposante ; on a observé seulement que les individus atteints de cette affection étaient en général peu robustes. Quoique la saison ne paraisse pas influer essentiellement sur l'apparition de la maladie, on a remarqué que la fin de l'été et le commencement de l'automne étaient les époques de l'année où le plus grand nombre de cas avaient été observés.

Les causes occasionnelles sont nombreuses. Plusieurs professions contribuent puissamment au développement de cette maladie : telles sont celles de broyeur de couleurs, de peintre en bâtiments, de tourneur en cuivre, et enfin toutes celles qui exposent les ouvriers à la poussière et aux émanations des métaux irritants. Ces corps produisent souvent l'inflammation du canal intestinal, et de là elle se propage au tissu cellulaire de la fosse iliaque droite. Une nourriture grossière, les purgatifs irritants, l'usage des boissons alcooliques, sont autant de causes occasionnelles qui agissent de la même manière, et

qui peuvent produire les mêmes effets. Nous croyons encore que ces phlegmons peuvent être occasionnés par l'introduction de certains corps étrangers dans le tube digestif, tels qu'une aiguille, une épingle, une arête de poisson, etc., qui pourraient traverser les parois de l'intestin et aller se loger dans la fosse iliaque droite.

M. le docteur Menière s'est livré, dans son mémoire, à quelques considérations physiologiques, et à des rapprochements d'anatomie pathologique, qui tendent à établir que le cœcum est un conduit excréteur qui peut, quand sa muqueuse est enflammée, communiquer l'inflammation au tissu cellulaire qui l'environne, avec la même facilité que cela arrive dans les autres conduits de la même nature. La disposition anatomique et les fonctions physiologiques du cœcum viennent encore à l'appui de son opinion. Du reste, les faits sont là; ils parlent plus haut que les raisonnements; car nous voyons que, dans toutes les observations données par MM. Menière, Dance et Husson, ces phlegmons ont été précédés de lésions plus ou moins graves du tube digestif. D'après cela, nous croyons pouvoir conclure, avec les médecins que nous venons de citer, que presque constamment cette maladie est produite par la propagation de l'inflammation de la muqueuse cœcale au tissu cellulaire sous-jacent.

Les symptômes précurseurs qui annoncent le développement prochain de ce phlegmon n'appartiennent

pas en propre à cette maladie, et ne peuvent avoir par conséquent que peu de valeur. Ceux au moyen desquels on peut le mieux prévoir l'apparition de la tumeur sont des coliques légères qui semblent se concentrer dans la fosse iliaque droite; cette région est plus ou moins sensible à la pression; on observe aussi des alternatives de diarrhée et de constipation. Tous ces prodrômes ont une durée variable; on voit des malades qui les éprouvent pendant plusieurs mois, tandis que, chez d'autres, ils ne se manifestent que peu de jours avant l'invasion de la phlegmasie, et quelquefois pas du tout.

Les symptômes qui indiquent son existence sont des coliques fortes et fréquentes, qui ont pour caractère de venir aboutir dans un point très-borné de la fosse iliaque droite; elles sont le plus souvent accompagnées d'une constipation opiniâtre, et quelquefois d'un vomissement assez intense pour faire soupçonner un étranglement interne. Cette région est plus tendue, plus résistante et plus saillante que dans l'état normal. Quand on déprime la paroi abdominale, le malade éprouve, sur ce point, une sensibilité plus grande que partout ailleurs; on y sent une tumeur d'un volume variable, profonde et immobile, d'une dureté assez grande, de forme arrondie, qui semble reposer sur le cœcum. Quelquefois on observe des symptômes généraux, et, dans la plupart des cas, ils sont nuls. Le reste de l'abdomen est souple et indolent. Les coliques et la constipation continuent; les gaz ster-

coraux s'échappent très-difficilement; d'où résultent des flatuosités et des borborygmes incommodes. La compression que la tumeur exerce sur le cœcum, et l'obstacle qu'elle apporte au cours des gaz et des matières fécales, expliquent ces derniers symptômes. C'est surtout dans l'appréciation exacte de la forme et de la position de la tumeur qu'on trouve les notions les plus certaines sur la nature de la maladie.

Si l'on fait attention aux circonstances qui précèdent et accompagnent ces abcès, le diagnostic en est ordinairement assez facile. On en trouve les signes les plus caractéristiques dans leur siége spécial à droite, dans la manière dont ils se développent, et dans les terminaisons qu'ils affectent. Il se forme quelquefois dans cette région, autour et dans l'épaisseur des muscles psoas et iliaque, des phlegmons qui peuvent faire suspendre le jugement; mais on les en distinguera si l'on fait attention que ceux-ci se développent souvent à la suite d'un violent effort, qu'ils sont plus profonds, moins bien circonscrits, placés en général plus haut, et surtout plus en dedans, et que les mouvements du membre correspondant sont très-douloureux de prime-abord.

Un abcès par congestion peut aussi se manifester dans la fosse iliaque; mais alors le pus y est déposé à l'état liquide, et la tumeur qu'il constitue est fluctuante dès son apparition. Un amas de matières fécales dans le cœcum ne peut en imposer que momentanément, parce que, dans ce cas, la tumeur

est moins sensible, un peu mobile, et elle disparaît dès que les selles se rétablissent. Il n'est presque pas possible de confondre les abcès dont nous nous occupons avec ceux qui se forment dans l'épaisseur des parois de l'abdomen ; car, dans ces derniers, la tumeur et la douleur sont plus superficielles ; et, de plus, dans le phlegmon iliaque, les parties situées à sa partie antérieure glissent sur la tumeur qui les constitue.

L'expérience a prouvé que le pronostic ne doit pas être en général très-grave, puisque, sous l'influence d'un traitement approprié, on obtient le plus souvent la résolution de la tumeur, et que la plupart des malades guérissent assez promptement. Il arrive cependant quelquefois que, malgré les moyens mis en usage, les accidents persistent, la tumeur augmente de volume ; les douleurs pulsatives deviennent de plus en plus pressantes ; la fluctuation devient plus ou moins manifeste sur ce point : tout indique enfin que là se trouve une collection purulente. Ce pus peut se faire une issue à travers les parois du cœcum et être rejeté par l'anus ; dans ce cas, le pronostic n'est pas plus fâcheux que quand la maladie se termine par résolution ; car l'expérience a prouvé un grand nombre de fois que la guérison était aussi solide et aussi complète. Mais le pus prend quelquefois une autre direction : il se porte tantôt vers la peau, c'est le plus souvent, tantôt vers la vessie. Dupuytren l'a vu se frayer une route vers le vagin. Dans ces

circonstances, on conçoit facilement qu'il peut survenir des accidents graves qui en rendent le pronostic très-fâcheux. Lorsque le pus se porte vers la peau, et qu'il gagne la partie antérieure de l'abdomen, alors la base du foyer se trouve ordinairement placée au-dessous du niveau de son ouverture, et par conséquent le pus doit s'écouler difficilement. Cette disposition ne tarde pas à produire des fusées qui se dirigent vers les parties environnantes; il se forme des clapiers plus ou moins nombreux, ainsi que de nouvelles ouvertures, et l'inflammation s'étend souvent au péritoine; l'air s'introduit dans le foyer, en altère les liquides excrétés, et donne lieu à tous les accidents d'une suppuration intarissable et de mauvaise nature. La péritonite est une des plus graves complications du phlegmon iliaque, et la réunion de ces deux lésions peut être considérée comme étant presque certainement mortelle.

Les phlegmons iliaques peuvent se terminer par résolution, par suppuration et par gangrène. La résolution est la terminaison la plus heureuse et celle que l'on observe le plus fréquemment; elle a été opérée dans à peu près les deux tiers des cas. La terminaison par suppuration n'a paru avoir aucun résultat fâcheux quand l'abcès s'est vidé dans l'intestin cæcum seulement; mais lorsque le pus a dû parcourir une route plus longue et plus pénible, elle a, ainsi que nous l'avons déjà dit, occasionné des accidents graves et souvent mortels. Quoique la terminaison par

gangrène n'ait pas été encore observée, on peut raisonnablement en admettre la possibilité.

Afin d'entraver la marche de la maladie, le traitement doit être commencé le plus tôt possible : c'est quand on l'attaque à son début que l'on peut avoir le plus d'espoir de la faire avorter. Dès que le malade éprouve une douleur au fond de la fosse iliaque interne droite, et que cette douleur est accompagnée de diarrhée et de constipation alternatives, on doit craindre l'apparition d'un phlegmon; et lorsque le toucher y fait reconnaître une tumeur profonde, immobile, avec empâtement des parties voisines, on peut avoir presque la certitude de son existence. Les moyens à mettre en usage pour le combattre sont nombreux et variés : on commence de prescrire au malade la diète sévère, le repos absolu et une tisane délayante; si le sujet est fort et que l'inflammation paraisse intense, on fait une ou deux saignées générales, ensuite on applique bon nombre de sangsues sur la tumeur. Les saignées locales et générales doivent être répétées autant de fois que l'état du pouls, la vigueur du sujet et la force de l'inflammation paraîtront l'exiger. La partie sera continuellement couverte de cataplasmes émollients, et des lavements de même nature seront administrés soir et matin. Les demi-bains, souvent répétés et long-temps continués, peuvent être aussi très-efficaces. Pour combattre la constipation, qui survient presque constamment, quand la tumeur a acquis un certain volume, on prescrit

quelque boisson laxative, et, si besoin est, on en seconde l'effet au moyen de quelques lavements légèrement purgatifs. En pareil cas, nous avons prescrit des pilules composées avec parties égales de calomélas et de savon médicinal : ce moyen a paru remplir assez bien notre but chez le sujet de nos observations. Nous croyons que le calomélas offre le double avantage d'exciter les évacuations alvines, et de faciliter la résolution de la tumeur : il débarrasse l'intestin des matières stercorales qui, en s'y accumulant, peuvent contribuer puissamment à augmenter l'inflammation locale ; il peut ensuite, en titillant légèrement toute l'étendue du tube digestif, produire une révulsion salutaire. Mais une autre propriété importante attribuée à ce médicament, et dont on ne peut se rendre compte, c'est sa propriété antiphlogistique, que de grands praticiens affirment ne pouvoir lui être contestée. Les juleps huileux, donnés pendant la nuit, pourront très-bien seconder l'action de ces moyens.

Si, sous l'influence de ce traitement, tout annonçait le commencement de la résolution, on se contenterait de la favoriser par le repos, le régime et les applications émollientes. Mais lorsque, malgré les moyens mis en usage, les symptômes persistent au même degré ou augmentent, on doit s'attendre à la formation de l'abcès, et la fluctuation ne tarde pas à se manifester. Si l'état du malade ne s'y oppose pas, le médecin doit insister encore sur les antiphlogistiques, afin de diminuer autant que possible

l'étendue de l'inflammation ; dans le cas contraire, il se bornera aux topiques émollients, et attendra que l'ouverture de l'abcès ait lieu.

Nous avons déjà indiqué les différentes voies par où le pus pouvait se porter au dehors, et nous avons dit que la plus ordinaire, la plus courte, et celle que l'expérience a prouvé être la plus favorable, était celle de l'intestin ; dans ce cas, la médication doit être simple ; on la bornera aux boissons délayantes, aux cataplasmes et aux lavements. A ces moyens on peut joindre avec avantage l'usage des laxatifs, qui, en stimulant légèrement les contractions de l'intestin, provoqueront l'évacuation du pus. Mais il arrive souvent que cette circonstance favorable n'a pas lieu ; le médecin ne doit pas alors rester spectateur tranquille : il doit surveiller avec plus d'attention et prendre un parti ; il doit épier avec soin le moment favorable pour pratiquer une ouverture dans le lieu le plus convenable, et ne pas attendre que la nature s'ouvre une voie de nécessité. Tant que l'on a la chance d'une ouverture spontanée dans le cœcum, on peut attendre ; mais quand la tumeur s'étend, quand la peau se soulève et rougit, quand le malade éprouve sur un point fixe des battements accompagnés d'un sentiment d'érosion, et que la fluctuation devient manifeste sur ce point, il faut se hâter d'ouvrir ; la prompte évacuation du pus est ce que l'on a de plus favorable à espérer. L'ouverture de l'abcès à l'extérieur étant devenue inévitable, on ne

doit pas attendre que la peau qui le recouvre soit trop enflammée et trop amincie, parce qu'alors elle s'ulcère dans une étendue plus ou moins grande, et donne plus facilement accès à l'air dans le foyer purulent; circonstance qui peut donner lieu à de graves accidents. Ainsi donc, il est très-essentiel de bien saisir le moment convenable pour faire l'ouverture de l'abcès; mais il faut, avant tout, apporter tous ses soins pour déterminer la fluctuation. Le malade étant couché, on le fait incliner sur le côté gauche, afin de faire déplacer les portions d'intestin qui pourraient occuper le flanc droit; on presse alors la tumeur aux deux extrémités d'un de ses diamètres, et l'on s'assure de la présence du pus en lui imprimant des mouvements convenables.

Afin de vider le foyer le plus complètement possible, il convient, quand on peut choisir le point, d'en pratiquer l'ouverture à la partie la plus déclive. Les instruments dont on doit faire choix pour pratiquer cette opération sont un bistouri à lame étroite ou un trois-quarts. Dupuytren se servait du bistouri, et recommandait de faire une ponction oblique, afin d'éviter que la plaie reste béante et devienne fistuleuse. On peut, avec le bistouri, obtenir le même résultat qu'avec le trois-quarts, en déplaçant la peau pour détruire plus tard le parallélisme des deux ouvertures. Dans le cas où une première ponction ne suffit pas, soit parce que le pus cesse de couler par cette ouverture, soit parce qu'une autre partie de la

peau menace de s'ulcérer bientôt, on doit promptement en faire une seconde. Une double issue donnée à la matière purulente a l'avantage d'empêcher les inconvénients d'une large ouverture, et de vider plus promptement le pus qui séjourne dans la cavité de l'abcès.

La fluctuation devenue manifeste, et l'ouverture de l'abcès étant arrêtée, le malade est couché sur le dos, un aide comprime légèrement le côté gauche du ventre, afin de rendre la tumeur plus saillante, et l'opérateur plonge le bistouri ou le trois-quarts dans le foyer. Si l'on a choisi le bistouri, on fait une ouverture étroite et oblique, pour les raisons dont nous avons déjà parlé. Après avoir vidé l'abcès, on couvre la plaie avec un petit linge, sur lequel on met un large cataplasme émollient. Si la plaie reste fistuleuse, on renouvelle souvent les pansements, afin de ne pas laisser séjourner le pus trop long-temps. Il arrive fréquemment que l'ouverture pratiquée ne se trouve pas à la partie la plus déclive du foyer; on doit alors, autant que possible, faire prendre au malade une position qui favorise l'écoulement du pus; si, par exemple, elle était vers la région lombaire, on relèverait un peu le bassin; si, comme cela arrive le plus souvent, elle était placée à la partie interne du bord antérieur de l'os ilium, Dupuytren donne, dans ce cas, le précepte de faire coucher le malade sur le ventre aussi souvent et autant de temps qu'il pourra y rester. Lorsque le pus sort à la fois et par

la peau et par l'intestin, nous croyons que ce précepte est inutile, parce qu'alors l'ouverture interne se trouve être placée au fond du foyer; mais si cette ouverture interne s'était faite dans la vessie ou dans le vagin, il recevrait, au contraire, une plus heureuse application. Le traitement local se bornera à des pansements simples et fréquents; car, dans ces circonstances, on doit tout attendre de la nature, et le rôle du médecin se borne à prévenir et à combattre, autant qu'il est en son pouvoir, les accidents qui peuvent se présenter. Quant au traitement général que nous avons indiqué, on devra lui faire subir les modifications que l'état particulier de chaque malade pourra exiger.

OBSERVATIONS.

Première observation. — Le sieur Antoine Galin, laboureur, âgé de 39 ans, d'une constitution peu robuste, jouissant cependant habituellement d'une assez bonne santé, éprouve, dans le mois d'Avril 1832, quelques coliques avec des alternatives de diarrhée et de constipation; ces symptômes ne l'empêchent pas de se livrer à ses occupations ordinaires. Cependant, vers le douzième jour, les douleurs du ventre augmentent et semblent se concentrer sur le côté droit; les mouvements du membre pelvien correspondant sont un peu douloureux; la fièvre se déclare,

et le malade est obligé de se mettre au lit. C'est alors que je suis appelé pour lui donner des soins, et que je me fais rapporter les circonstances qui ont précédé l'invasion de la maladie. Je le trouve dans l'état suivant: le pouls fort et fréquent, la peau chaude, la figure rouge; les selles sont nulles depuis deux jours; le ventre est souple et indolent dans toutes ses parties, si ce n'est vers la région du cœcum qui est un peu tendue et très-sensible à la pression; au fond de la fosse iliaque, on sent un tumeur peu volumineuse.

Prescription. Une saignée d'environ dix-huit onces, cataplasmes et lavements émollients, diète sévère, tisane d'orge.

Le lendemain, il n'y a pas d'amendement dans les symptômes : nouvelle saignée; les autres moyens sont continués, plus un demi-bain.

Le troisième jour, les symptômes généraux ont diminué; la tumeur iliaque est très-sensible, elle paraît avoir le volume du poing; les lavements ont été rendus sans matières fécales.

La prescription est la même, moins la saignée.

Le quatrième jour, le malade est mieux, quoique la tumeur soit toujours sensible et volumineuse; les selles se rétablissent.

Prescription. Vingt sangsues sur la tumeur, deux demi-bains, deux pilules de quatre grains chacune, faites avec parties égales de savon médicinal et de calomélas.

Le cinquième jour, tous les symptômes généraux

disparaissent; les sangsues ont saigné abondamment; le volume de la tumeur n'a pas diminué, mais elle est moins douloureuse.

Pendant les huit jours qui suivent, les sangsues sont appliquées encore deux fois, la dose des pilules est portée à six par jour, et tous les autres moyens sont continués. Ce traitement conduit la tumeur à une résolution complète dans l'espace d'un mois.

Dans cette affection, j'ai vu une inflammation de la fosse iliaque droite, et je l'ai combattue avec succès : cependant j'avoue que je n'en ai pu assigner d'une manière positive le caractère propre. Mais si ce fait isolé laisse des doutes sur la véritable nature de la maladie, la récidive qu'a éprouvée Galin, trois ans après, sera propre à les éclairer; car, en effet, quoique la gravité et la terminaison en soient différentes, je trouve, dans les deux cas, un assez grand nombre de points de ressemblance, pour en conclure qu'ils sont identiques.

Deuxième observation. — Le 16 Mars 1835, Galin ressent une douleur dans l'abdomen, à laquelle il fait peu d'attention d'abord. Le 17, cette douleur reparaît, et est plus vivement sentie que la veille; cependant elle ne l'empêche pas de se livrer à ses occupations ordinaires, et il n'éprouve d'autre dérangement notable qu'un pressant besoin d'aller à la selle, besoin qu'il satisfait comme à l'ordinaire. Peu de temps après, une colique plus violente se manifeste, et elle est presque immédiatement suivie d'une seconde

selle; celle-ci est diarrhéïque et accompagnée d'un peu de ténesme. Quelques instants après, la colique se calme, et il continue de travailler jusqu'au soir, n'éprouvant d'autre incommodité qu'une douleur lente et profonde dans l'abdomen.

Le malade passe assez bien la nuit. Le lendemain, bientôt après son lever, la douleur se renouvelle et se montre plus constante et plus vive que la veille; elle paraît en même temps se porter plus particulièrement vers la fosse iliaque droite; les mouvements du membre pelvien correspondant augmentent un peu la douleur. Dans la journée, tous les symptômes s'aggravent, la fièvre s'allume, et il est forcé de se mettre au lit. Pendant la nuit, il est très-agité.

Le 19 au matin, je vois le malade, et je le trouve dans l'état suivant : la face rouge, la langue légèrement saburrale, le pouls fort et fréquent, la peau chaude et sèche; la douleur abdominale est forte, fixée dans la fosse iliaque droite, et la plus légère pression l'augmente; le reste du ventre est souple et indolent; les urines sont dans l'état naturel; il n'y a pas eu de selles depuis le 17.

Prescription. Saignée d'environ seize onces, cataplasmes et lavements émollients, tisane d'orge, diète sévère.

Le 20, je trouve le malade levé : il me dit qu'il a bien passé la nuit et que la saignée l'a guéri. Le sang que j'ai tiré la veille est couvert d'une couenne de deux lignes d'épaisseur, la fièvre a disparu, et la

douleur du ventre se fait à peine sentir. Le lavement a procuré une selle copieuse.

Je fus étonné de voir que la saignée avait, pour ainsi dire, anéanti subitement un appareil de symptômes locaux et généraux aussi prononcés que ceux que j'avais observés la veille. J'avoue que, dans ce moment, je crus avoir fait avorter une inflammation dont je ne pouvais bien assigner ni la nature ni le siége.

La prescription est la même, moins la saignée.

Le calme se soutient pendant deux jours, et le malade se promène sans difficulté. Cependant, dans l'après-midi du 21, il lui semble qu'il est moins bien que la veille, et que la douleur se reproduit de temps en temps. Vers le soir, elle devient continue et vive, et la fièvre se manifeste de nouveau. A ce calme d'environ quarante-huit heures succède une nuit très-agitée.

Le 22, je retrouve le même groupe de symptômes que j'avais observés lors de ma première visite; de plus, la cavité iliaque est plus sensible à la pression, et je sens sur ce point une tumeur arrondie, profondément placée, immobile, peu volumineuse: quand je la presse, le malade dit que la douleur se prolonge jusqu'à l'arcade crurale.

Prescription. Saignée d'environ seize onces, tisane délayante, diète sévère, cataplasmes et lavements émollients, deux demi-bains.

Le 23, on me dit que la nuit a été moins agitée

que la précédente. Le sang extrait la veille n'est pas couenneux; la fièvre est presque nulle; les lavements ont été rendus sans excrèments; les urines sont un peu sédimenteuses; la douleur iliaque est toujours forte; la tumeur a augmenté de volume, et elle est plus sensible à la pression; la paroi du ventre glisse dessus; les mouvements du membre pelvien correspondant sont presque impossibles.

La prescription est la même, moins la saignée.

Le 24, le malade est tranquille, le pouls est dans l'état naturel, les selles sont nulles, l'urine est moins sédimenteuse, la tumeur est plus volumineuse et plus sensible que les jours précédents.

Prescription. Trente sangsues sur la tumeur, deux pilules contenant chacune deux grains et demi de calomélas et deux grains de savon médicinal. Les autres moyens sont continués.

Dès ce jour, tous les symptômes généraux cessent complètement pour ne plus se montrer, et la maladie est tout-à-fait locale. De jour en jour la tumeur devient plus manifeste et plus douloureuse; le malade ne peut se remuer sans éprouver de vives douleurs, surtout quand il veut essayer de fléchir la cuisse sur le bassin.

Le 4 Avril, elle a acquis son plus grand développement; elle a au moins le volume des deux poings. Pendant les dix jours qui se sont écoulés, le mal a fait des progrès rapides, et la terminaison par suppuration est devenue presque certaine. Cette circon-

stance et l'état général du malade me font concevoir les plus vives inquiétudes. J'ai insisté avec persévérance sur l'emploi des mêmes moyens : les sangsues ont été encore appliquées deux fois, et la dose du calomélas a été portée jusqu'à plus de vingt grains par jour. J'ai fait faire usage aussi de quelques juleps et de lavements légèrement purgatifs. Malgré les fortes doses de calomélas et les lavements, la constipation a été très-opiniâtre pendant tout ce temps. Le malade ne se baigne plus depuis trois jours., à cause de la grande difficulté que l'on éprouve pour le remuer.

Le 5 Avril, M. le docteur Vignes m'est adjoint pour voir le malade. Après un examen attentif, nous jugeons que c'est un phlegmon aigu de la fosse iliaque que nous avons à combattre; que sa terminaison par suppuration est inévitable, et que les suites en seront probablement funestes. Quoique la fluctuation ne soit pas bien sensible, il nous semble reconnaître un foyer purulent, mais encore trop profond pour devoir l'ouvrir dans ce moment. Nous croyons qu'il est prudent de temporiser, et d'attendre que la nature vienne nous indiquer le point où il convient de faire l'ouverture, si cela est utile ; car nous pouvons encore espérer son ouverture spontanée dans le cœcum.

La même médication est continuée, excepté les pilules qui sont supprimées, parce que les gencives commencent à s'engorger.

Le 6, la fluctuation est plus sensible que la veille, et la paroi du ventre me paraît tout-à-fait adhérente à la tumeur ; en pressant celle-ci, j'entends un gargouillement assez fort dans l'intérieur du foyer ; cette circonstance me paraît très-grave ; car je ne me l'explique qu'en supposant la perforation de l'intestin qui aurait permis l'introduction des gaz intestinaux, et peut-être aussi de quelques matières fécales.

Le 7, M. Vignes voit de nouveau le malade avec moi ; nous le trouvons dans l'état suivant : il est très-faible ; son pouls est petit et lent ; sa face profondément altérée ; la tumeur est très-sensible au toucher ; la fluctuation y est évidente ; la peau commence à rougir sur un point, et le gargouillement se fait entendre plus fortement que la veille. Depuis l'invasion de la maladie, le reste du ventre a été souple et indolent, ainsi qu'il l'est aujourd'hui. Tout en partageant mon opinion sur la perforation de l'intestin et le passage des gaz de celui-ci dans la cavité de l'abcès, mon confrère me fait observer qu'ils peuvent aussi s'être formés dans l'intérieur du foyer. Quoi qu'il en soit, et attendu que rien n'indique que le pus s'est fait jour dans l'intestin, nous sommes d'avis de vider l'abcès immédiatement.

Le malade étant couché sur le dos, un peu incliné à droite, et la tumeur rendue plus saillante par une pression modérée, je plonge un bistouri à lame étroite en dedans et un peu au-dessous de l'épine antérieure et supérieure de l'os ilium, point le plus élevé et

où la peau est le plus amincie. Aussitôt il s'écoule par cette ouverture environ quatorze onces d'un pus roussâtre, peu lié, floconneux, exhalant une odeur bien prononcée de matières fécales; avec lui il s'échappe une grande quantité de gaz. L'examen le plus attentif ne nous permet pas de constater le mélange des matières stercorales avec le pus : son odeur et la sortie des gaz sont les seules preuves qui, jusqu'à présent, attestent l'ouverture de l'intestin.

L'abcès vidé, la tumeur diminue considérablement de volume, et le malade se sent soulagé. Nous mettons sur la plaie un petit linge que nous couvrons d'un large cataplasme. Nous prescrivons un bouillon et un lavement.

Le soir, je le trouve dans un état de prostration complète; son pouls est misérable; sa peau est couverte d'une sueur visqueuse et presque froide, et sa face est grippée. Le cataplasme que j'enlève est inondé de pus, et, par une légère pression, j'en fais sortir environ cinq onces en tout semblable à celui du matin. Pour la première fois, depuis environ douze jours, le lavement a entraîné beaucoup de matières fécales. L'état de Galin me paraît tellement grave dans ce moment, que je crains qu'il meure dans la nuit. Je lui fais donner un bouillon.

Le 8, je vois le malade avec mon confrère; nous trouvons que son état général s'est beaucoup amélioré; la plaie donne issue à plusieurs onces de pus et à des gaz. Comme sa faiblesse est extrême, nous

jugeons convenable de lui faire prendre quelques toniques légers ; nous prescrivons la tisane de lichen d'Islande, du bouillon plus substantiel, et quelques cuillerées de bon vin. Nous recommandons à sa femme, si le malade va à la selle, de garder les matières.

Le soir, le mieux se soutient; la quantité du pus est moindre ; le lavement a fait rendre des matières fécales qui ne présentent rien de particulier.

Le 9, nous trouvons le malade bien ; il se sent disposé à prendre quelque aliment ; son pouls est bon et sa figure semble s'épanouir ; la plaie fournit une assez grande quantité de pus et des gaz. Nous ajoutons à la prescription un peu de crème de riz. Dans l'après-midi, on donne un lavement qui fait rendre des excréments mêlés avec une quantité notable de matière purulente.

Le 10, l'état du malade est très-satisfaisant ; la tumeur diminue sensiblement ; je lui permets d'augmenter un peu l'alimentation. Le soir, je constate de nouveau la présence du pus dans les excréments, mais il y en a moins que la veille, et c'est pour la dernière fois que j'en ai vu dans les selles.

Du 10 au 20, le mieux augmente chaque jour ; l'appétit se prononce ; les forces reviennent avec une étonnante rapidité ; la tumeur se réduit à peu près au quart de son volume ; le membre correspondant se meut avec plus de facilité ; le pus sort en moins grande quantité, et il est plus louable. Depuis le 16, il ne passe plus de gaz par la plaie. Une ouverture

fistuleuse est survenue à la partie externe et inférieure de celle qui a été pratiquée; mais elle ne présente rien de fâcheux; tout annonce enfin une guérison aussi prochaine qu'inespérée.

Le 26, les plaies sont cicatrisées; toutes les fonctions s'exécutent parfaitement; le malade se lève et ne conserve, de cette grave affection, que de l'empâtement dans la fosse iliaque, de la difficulté pour exécuter des mouvements étendus avec la cuisse correspondante, et un peu de gêne pour fléchir le tronc. Chaque jour l'amélioration est sensible, et vers le commencement du mois de Juin, Galin est en parfaite santé; il reprend ses travaux accoutumés, et tout indique la guérison complète de sa maladie.

Nous nous sommes étendus sur les détails de ces deux observations, dans le but de démontrer l'identité de la maladie; car quoique, dans les deux cas, les résultats aient été différents, on voit que la tumeur s'est développée de la même manière, et que les symptômes qui ont accompagné ce développement ont présenté une parfaite ressemblance. On remarque seulement que, dans le second cas, les symptômes précurseurs ont été de plus courte durée, ceux de l'invasion plus prononcés, et que la terminaison a été beaucoup plus grave. Ces différences tiennent probablement à l'état plus aigu de l'inflammation, à sa plus grande étendue, et peut-être aussi à son siége plus profond; car nous pensons qu'elle s'est propagée jusqu'au tissu cellulaire sous-aponévrotique. Si le même traitement que nous

avons employé dans les deux cas n'a pas été couronné du même succès, nous croyons que c'est dans le concours de ces circonstances qu'on pourrait en trouver la cause.

Nous avons la conviction que, dans la dernière maladie qu'a éprouvée Galin, l'intestin a été perforé, et que la cavité de celui-ci communiquait par cette ouverture avec celle de l'abcès : le passage des gaz stercoraux par la plaie extérieure ; la présence du pus, que nous avons constatée dans les selles, ainsi que l'odeur prononcée de matières fécales qu'exhalait le pus que nous avons extrait, rendent, je crois, ce fait évident. Le succès que nous avons obtenu en guérissant notre malade, doit être considéré comme une exception à la règle commune, car cette grave complication a été regardée, par les médecins qui se sont occupés de ces phlegmons, comme une lésion presque incurable.

Notre seconde observation a présenté plusieurs circonstances bien dignes de remarque, dans les détails desquelles nous n'entrerons pas : nous nous bornerons seulement à dire quelques mots sur les causes qui probablement ont empêché le pus de passer dans l'intestin dès qu'il a été perforé, ainsi que celles qui l'ont forcé à se porter vers la peau, en parcourant une route plus longue et plus difficile que celle qui lui était déjà ouverte. Nous ferons connaître aussi comment on a expliqué la circonstance du passage du pus dans l'intestin, sans que cette ouverture ait permis

aux matières fécales de pénétrer à leur tour dans la cavité de l'abcès.

Nous avons noté que notre malade avait passé onze jours sans aller à la garde-robe, et que, lorsque les selles avaient été rétablies, une quantité notable de pus s'était échappée, à deux reprises, par le rectum. Ces deux circonstances nous font penser que le pus a été arrêté par l'obstacle mécanique que lui ont opposé les matières stercorales qui remplissaient le cœcum, et que celles-ci, par leur quantité et leur consistance, ont pu lui former une barrière insurmontable. Nous pouvons ajouter à cela la petitesse de l'ouverture, et peut-être aussi son obliquité; car on a remarqué plusieurs fois, sur les cadavres des individus qui avaient succombé avec de semblables lésions, que ces perforations affectaient cette direction. Si, chez notre malade, il en était ainsi, nul doute que la forte distension de l'intestin n'ait forcé les parois de cette ouverture fistuleuse à rester en contact. Si l'on fait attention que, bientôt après que les matières fécales ont eu repris leur cours, le pus s'est fait jour dans l'intestin, nos conjectures acquerront plus de force.

Si, comme nous le croyons, l'inflammation s'est propagée au tissu cellulaire sous-aponévrotique, nous pensons que cette membrane a offert une résistance assez grande pour forcer le pus qui occupait sa partie postérieure à se porter vers la peau en fusant entre le muscle iliaque et l'aponévrose. Ni la marche rapide de l'inflammation ni ses produits n'ont pas eu le

temps de désorganiser cette membrane qui, comme on le sait, ne jouit pas d'une vitalité aussi énergique que le tissu cellulaire. On sait aussi que la densité de cette lame fibreuse n'est pas la même chez tous les sujets; on la trouve quelquefois très-développée, tandis que, dans d'autres circonstances, elle diffère à peine du tissu cellulaire environnant. D'après cette variété de structure du feuillet aponévrotique, on conçoit que si, chez le sujet de notre observation, il s'est rencontré très-résistant, il a dû opposer au pus un obstacle invincible à son passage vers le cœcum. En admettant cette disposition comme probable, et en réfléchissant un instant sur la manière dont les choses se sont passées, il nous semble qu'on peut se rendre compte de la grande quantité de pus qui est sorti par l'ouverture extérieure, tandis que celle de l'intestin, quoique placée à la partie la plus déclive du foyer, n'en a comparativement laissé passer que peu.

Nous avons noté avec soin que le pus qui sortait par la plaie extérieure avait une odeur bien prononcée de matières fécales, et que cependant l'examen le plus attentif ne nous avait pas permis de constater leur passage dans l'intérieur du foyer. Cette particularité, bien digne de remarque, a été observée par quelques praticiens qui ont traité de ces phlegmons, et Dupuytren en a expliqué les causes ainsi qu'il suit : cela vient, dit-il, 1° de ce que l'abcès se vidant graduellement, la pression abdo-

minale qui agit sans cesse s'oppose à la production du vide dans leur intérieur, et ne permet pas aux matières de sortir de ce côté; 2° de ce que l'ouverture accidentelle a une direction plus ou moins oblique, ce qui produit alors une disposition analogue à celle de l'insertion des uretères dans la vessie; 3° enfin, de ce que l'intestin décollé se trouve mobile, glisse dans ses mouvements de contraction, et produit l'effet d'une soupape. M. Menière trouve encore un autre motif: c'est le bourrelet que fait la muqueuse repoussée de dehors en dedans, et qui ressemble assez bien au pore biliaire. Cette disposition s'est rencontrée, dit-il, chez les sujets qui ont succombé à cette maladie et qu'il a examinés.

En résumant ce que nous venons de dire sur nos deux observations, on voit: 1° que les deux maladies dont nous avons donné l'histoire ne diffèrent entre elles que par leur intensité et par leur terminaison; 2° qu'il y a eu dans le dernier cas collection purulente devant et derrière l'aponévrose iliaque, et que l'ouverture de l'intestin existait avant celle de la peau; 3° que la direction oblique de l'ouverture du cœcum, et la distension de celui-ci par les matières fécales, ont empêché le pus de pénétrer d'abord dans sa cavité; 4° enfin, que la densité du *fascia iliaca* a forcé le pus qui occupait sa région postérieure à fuser vers la peau.

Nous concevons combien nos deux observations pourraient faire naître des réflexions nombreuses et

intéressantes ; mais nous n'entreprendrons pas de les développer, parce que, d'une part, nous reconnaissons notre insuffisance, et, d'une autre, nous nous trouverions forcés de dépasser les bornes que nous nous sommes prescrites. Notre but principal a été de faire connaître ces deux cas dont nous garantissons l'exactitude : nous nous estimerons heureux s'ils peuvent servir à des praticiens plus avantageusement placés que nous pour observer de faits semblables, et surtout plus éclairés, pour en tirer des conséquences profitables pour la science et utiles à l'humanité.

FIN.

FACULTÉ DE MÉDECINE
DE MONTPELLIER.

PROFESSEURS.

MM. CAIZERGUES, Doyen, Clinique médicale.
BROUSSONNET. Clinique médicale.
LORDAT. Physiologie.
DELILE, *Exam.* Botanique.
LALLEMAND. Clinique chirurgicale.
DUPORTAL. Chimie.
DUBRUEIL. Anatomie.
DUGÈS. *Examinat*, Path. chir., opérat. et appar.
DELMAS, *Présid.* Accouchements.
GOLFIN, *Examinateur.* Thérap. et matière médic.
RIBES. Hygiène.
RECH. Pathologie médicale.
SERRE. Clinique chirurgicale.
BÉRARD, *Suppl.* Chim. médic.-générale et Toxicol.
RENÉ. Médecine légale.
N..... Pathologie et Thérapeutique générales.

PROFESSEUR HONORAIRE.

Aug.-Pyr. de CANDOLLE.

AGRÉGÉS EN EXERCICE.

MM. Vigouier.
Kuhnholtz.
Bertin.
Broussonnet.
Touchy.
Delmas.
Vailhé, *Examinat.*
Bourquenod, *Suppléant.*

MM. Fages.
Batigne.
Pourché.
Bertrand.
Pouzin.
Saisset, *Examinat.*
Estor.

La Faculté de Médecine de Montpellier déclare que les opinions émises dans les Dissertations qui lui sont présentées, doivent être considérées comme propres à leurs auteurs; qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.